

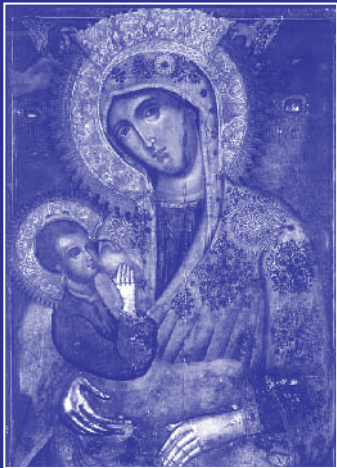


УДРУЖЕЊЕ ПЕДИЈАТАРА
СРБИЈЕ

11070 Београд, Радоја Дакића 6-8
Телефон: 011/3108-171
Телефакс: 011/2697-232
E-mail: majkaidete@ptt.rs
Web: www.imd.org.rs

18-21

**Овај чейвороброј је
посвећен националним
најорима на
унапређењу природне
исхране и увођењу
стандарда
"Baby friendly plus" у
здравствену заштитну
мајке и дејства**



Млекопитатељница из Кареје



ПЕДИЈАТРИЈСКИ ГЛАСНИК

Билтен Удружења педијатара Србије
Београд, децембар 2011.

ЗАШТО И КАКО УНАПРЕДИТИ ДОЈЕЊЕ

Злајибор, 7. јун 2011.

Двоипочасовни стручни састанак намењен лекарима у примарној, секундарној и терцијарној здравственој заштити деце предшколског и школског узраста и адолесцената, акредитован Одлуком Здравственог Савета Србије А-1-1953/11 17.5.2011., одржан је у организацији Удружења педијатара Србије по предвиђеном програму и термину у СТЦ „Златибор“ на Златибору. Предавачима је акредитацијом додељено 3, а учесницима 2 бода.

Учествовало 295 лекара из целе Србије и 22,7% из Републике Српске, Македоније и Црне горе. Од 9 предавача, један професор је био гост из Македоније.

Евалуација Семинара извршена је на основу анкете полазника, која је садржала групу питања која се односи на учеснике у евалуацији и питања о квалитету излагања, избору теме и садржају по сваком предавању, као и оцено по предавачу. Анкетни упитник је попунило 275 (93,22%) полазника. Може се закључити да су били изузетно задовољни избором тема и начином њихове презентације (просечне оцено: 4,75 и 4,85), као и предавачима 4,86. Резултати анкете објављени су на интернет страници Удружења (www.imd.org.rs - рубрика Удружење педијатара).

Руководилац Стручног састанка: прим. мр сц. мед. Драгана Лозановић

ИСКУСТВА У ДОСАДАШЊЕМ СПРОВОЂЕЊУ ПРОГРАМА „BABY FRIENDLY HOSPITAL“ ИНИЦИЈАТИВЕ И ПРОГРАМА ПРОМОЦИЈЕ, ПОДРШКЕ И ЗАШТИТЕ ДОЈЕЊА У СРБИЈИ

Миодраг Иињаковић¹, Ђурђа Кисин²

Љиљана Савић-Абрамовић¹, Љиљана Радовић¹

¹Институт за здравствену заштиту
мајке и дејства србије „Др Вукан Чујић“

²Институт за јавно здравље Србије
„Др Милан Јовановић Бајтковић“

Експерти СЗО и УНИЦЕФ-а покренули су Иницијативу за успостављање Baby Friendly Hospital (BFH) („Болнице пријатељи новорођенчади“ - БПН) са циљем да подстакну особље болница, а посебно породилишта да од рођења детета у потпуности подстичу, помажу и штите искључиво дојење. Предвиђено је давање сертификата болницама које саме испуњавају критеријуме, као и стимулишу остваривање програма у болницама које још не дају оптималну подршку дојењу (1). У заједничкој изјави СЗО и УНИЦЕФ-а дато је „Десет корака до успешног дојења“, на основу којих су разрађене норме Глобалних критеријума (2). СЗО и УНИЦЕФ су одредили првих 12 држава у којима је извршено спровођење програма BFH. Већ 1993. у свету је 947 болница добило сертификат – звање „Baby Friendly Hospital“, а три године касније сертификат је имало 8319 болница широм света (3). Југословенски одбор за подршку дојењу формиран је 1994. године. Програм заштите и подршке дојењу почео је да се остварује (4,5). После добре припреме здравствене установе и програмски осмишљене стручне едукације особља, приступало се самооцењивању са специфичним међународним упитницима. Када су оцено биле позитивне, активиран

би био „тим спољних оцењивача“, независних експерата који нису учествовали ни у претходној едукацији ни у самооцењивању.

У организацији УНИЦЕФ-а у Будимпешти је одржан једнонедељни семинар под називом „Workshop for Training of BFH – National assessors“ јула 1995. године. На семинару су били представници СР Југославије, тадашње Републике Српске Крајине, Хрватске, Босне и Херцеговине и Македоније. Предавачи су били чланови мађарског Националног комитета за процену болница према програму BFH и представници УНИЦЕФ-а. Тако је и Југославија добила свој „тим спољних оцењивача“: три акушера, два неонатолога, епидемиолога и специјалисту социјалне медицине. Тим се временом мењао и проширивао кроз одговарајућу едукацију. Формирана је Савезна комисија за оцењивање Југословенског програма заштите и подршке дојењу са 18 чланова. Поред неонатолога, педијатара, гинеколога, епидемиолога, специјалисте социјалне медицине, у комисију су укључене и више медицинске сестре из различитих медицинских установа. Одређен је и координатор рада Савезне комисије. Донет је пословник о раду. Средства за спровођење Југословенског програма заштите и подршке дојењу обезбеђивао је УНИЦЕФ и Савезни завод за заштиту здравља.

За процену здравствених установа формиран су оперативни трочлани тимови спољних оцењивача, различитих профила: по један гинеколог и неонатолог и представник Савезне комисије, као вођа тима. После успешног самооцењивања, „координатор оцено“ је организовао ненајављен долазак тима у породилиште. Директор установе, и најближи сарадници, упознавали су чланове тима-комисије са радом установе и породилишта и омогућавали им

успешан дводневни рад, а у великим породицима тродневни рад. Прегледани су потребни документи установе који се односе на BFH програм, обављани су интервјуи са вишим службеницима за дојење у препорођајном сектору и за породиштва, посматран је рад у породишту (упитник са 12 питања), присуствовало се порођајима, анкетирано је 10 запослених методом случајног избора (16 питања), 10 мајки са нормалним порођајем и 5 порођених царским резом (29 питања), 5 мајки чије је новорођенче на посебној нези (6 питања), као и 10 трудница (6 питања). Тим спољних оцењивача је уносио резултате анкета у збирне упитнике за сваки од „Десет корака до успешног дојења“ и доносио закључке о успешности испуњавања услова за сваки „корак“ посебно, да би на крају био донет закључак да ли породиште испуњава глобалне критеријуме за сертификат. На основу позитивног закључка комисија спољних оцењивача је предлагала надлежном органу за спровођење програма подршке дојењу, Канцеларијама СЗО и УНИЦЕФ-а, да доделе глобални сертификат „Болница пријатељ новорођенчади и мајки“. Са оцењивањем се започело 1996. године. Сертификате су добили: КБЦ „Др Д. Мишовић“, ГАК Нови Сад, ОБ Петровац на Млави, ОБ Пљевља, ОБ Бијело Поље и ОБ Никшић. До фебруара 1998. оцењено је успешно 15 породишта. Настављено је са остваривањем Програма заштите и подршке дојењу и по распаду СР Југославије у свакој држави посебно. До почетка 2011. године у Србији је позитивно оцењено 49 здравствених установа које су стекле сертификат. Значајно је да је 40 установа са добијеним сертификатом поново оцењено и да су све задржале ово признање. Програм се спроводи и у свим домовима здравља кроз здравствену заштиту жена, деце и патронажну службу. У сертификованим породиштима се рађа 89% новорођенчади. Стопа искључивог дојења при отпуштању из породишта је порасла на 91,6% у оцењеним установама.

Програм је добио пуну подршку експерата на стручним састанцима и званичним форумима, у стручним часописима и кроз иступања у средствима јавног информисања (3-8). Као и сви пројекти који остварују нове идеје и овај Програм наилази на бројне изазове. Као ледоломац отвара нове путеве које треба и одржавати и ширити. У турбулентним временима тешко је стално напредовати и одржавати постигнуте успехе. Поједини проблеми превазилазе моћи стручњака, јер захтевају енергичну подршку руководиоца одговарајућих установа и власти (6-8). Напредак у реалном сагледавању Пројекта је добронамеран и професионално урађен извештај експерата УНИЦЕФ-а „Евалуација иницијативе за болнице пријатеље новорођенчади и мајки у Србији од 1995. до 2008. год.“ (9). Добијене сугестије треба прихватити, уградити у потребна документа и спровести. Битка се наставља. Пројекат је и сувише значајан да би се посустало!

Референце:

1. UNICEF. Prihvatite Baby-Friendly inicijativu! New York – Beograd, 1992.
2. СЗО, УНИЦЕФ. Глобални критеријуми за иницијативу СЗО и УНИЦЕФ-а за успостављање BFH. New York, 1992.
3. UNICEF. Breastfeeding/Baby-friendly Hospital Initiative. Update on Progress 1996. New York, 1996.
4. Влада Републике Србије. Уредба о здравственој заштити жена, деце, школске деце и студената. Службени Гласник РС. 21. новембар 1995.
5. Савезни завод за заштиту и унапређење здравља. Циљеви за децу и развој у деведесетим годинама. Београд, 1995.
6. Игњатовић М, Букумировић К, Гајић С, Миљановић О, Распоповић С, Поповић Д. и сар. Примена глобалних критеријума СЗО и УНИЦЕФ-а при оцењивању породишта у Југославији за доделу плакете „БПН“. Југосл гинек перинато 1998;1-2: 5-10.
7. Комисија спољних оцењивача. Оцењивање породишта у Југославији за доделу плакете „Болница пријатељ новорођенчади и мајки“. У: Марјановић Б. (уредник). Проблеми у педијатрији 98. Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије. Београд, 1999: 456-64.

8. Игњатовић М, Николић Љ, Караџић К, Буњевачки Г. Примена принципа „Baby Friendly Hospital“ у одељењима за болесну новорођенчад. У: Марјановић Б. (уредник). Проблеми у педијатрији 2000. Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије. Београд, 2001: 362-71.
9. Becker G, Зисовска Е. Евалуација иницијативе за болнице пријатељи новорођенчади и мајки у Србији од 1995. до 2008. УНИЦЕФ, 2009.

* * *

СПРОВОЂЕЊЕ И ПРАЋЕЊЕ ИНИЦИЈАТИВЕ „БОЛНИЦА ПРИЈАТЕЉ НОВОРОЂЕНЧАДИ“ У СРБИЈИ У ПРОТЕКЛИХ 15 ГОДИНА И У БУДУЋНОСТИ – виђење УНИЦЕФ-а Јелена Зајејановић-Јаковљевић, Канцеларија УНИЦЕФ

Иницијатива „Болница пријатељ новорођенчади“ (The Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) је глобална иницијатива Светске здравствене организације и УНИЦЕФ-а која је покренута 1991. године. Иницијатива има за циљ да се сваком новорођенчету обезбеди најбољи могући почетак живота тако што се ствара окружење које подржава дојење и одговарајућу здравствену негу као норму здравствене заштите.

УНИЦЕФ је био катализатор ове иницијативе у којој је учествовао велики број различитих партнера, како у почетној фази, тако и годинама које су уследиле. Програм који се спроводио био је комбинација програма промовисања, подршке и заштите дојења и иницијативе за стварање болница које су биле наклонене мајци и новорођенчету. Од 2005. године, ова иницијатива у Србији више не добија директну подршку УНИЦЕФ-а, а и други извори финансирања су такође постали ограничени.

Евалуација од стране независних експерата, која је урађена 2009. године, а на иницијативу УНИЦЕФ-а у Србији, је указала на бројне недоследности и пропусте у имплементацији ове иницијативе. И истраживање вишеструких показатеља здравствене заштите мајке и детета (MIKS студија) потврдило је недовољни обухват деце искључивим дојењем. Незадовољство породиља демонстрирано је и формалним и неформалним анализама. Све ово је указало да је неопходно унапређење перинаталне заштите да би одговорило потребама мајке и детета.

Предлог независних евалуатора је да иницијатива треба убудуће да се integriше у редовну праксу у породиштима као рутинска активност, кроз постојеће механизме осигурања стандарда и квалитета здравственог система и здравствене заштите. УНИЦЕФ подржава Министарство здравља у овим напорима, од 2010. године.

* * *

ФИЗИОЛОШКА ОСНОВА ИСХРАНЕ ОДОЈЧЕТА

Недељко Радловић, Универзитетска деčја клиника, Београд

Мајчино млеко представља природни продукт максимално прилагођен физиолошким потребама и могућностима хуманог новорођенчета и одојчета. Поред идеалног нутритивног састава, оно располаже и са бројним ненутритивним чиниоцима који компензују физиолошку незрелост детета у овој фази раста и развоја. Добро је познато да мајчино млеко штити дете од различитих инфекција, пре свега гастроинтестиналних и респираторних, као и алергијских манифестација. Осим тога, дојење представља најпрактичнији и најјефтинији вид исхране и делује стимулативно на психомоторни развој и адекватно формирање лица и усне дупље детета. Отуда је јасно што Америчка академија за педијатрију инсистира да дојење, кад год је могуће, најмање до краја прве године по рођењу, а Светска здравствена организација до краја друге године, па и након

тога. Исхрана на мајчиним грудима је од посебног значаја за децу алергијске конституције, као и ону која живе у лошим хигијенским и материјалним условима. У складу са бржом стопом раста и развоја у односу на стандардну, претерминска новорођенчад, посебно она са порођајном тежином до 1500 гр, изискују фортификацију мајчиног млека, тј. одговарајући додатак протеина, олигосахарида, минерала и витамина („breast-milk fortifier“). Поред оптималног здравља мајке као и детета, битни предуслови за успешну лактацију су први подој унутар 2 сата по порођају, односно непосредно по буђењу мајке ако је порођај обављен хируршки, што чешће дођење («на захтев новорођенчета») и неговање ноћног подоја. У недостатку мајчиног млека за дохрану или исхрану одојчета се дају адаптиране млечне формуле. То се, пре свега, односи на формуле крављег млека које имају апсолутну предност у поређењу са формулама базираним на изолату протеина соје. Због негативног ефекта на остеогенезу, »сојино млеко« се не препоручује претерминском новорођенчету, те се за њихову дохрану или исхрану до 52. а најмање до 40. постконцепционе недеље, препоручују одговарајуће формуле крављег млека. Обично кравље, козје и овчје млеко се, због читавог низа недостатака, не саветује детету у првој години по рођењу.

Према препорукама Америчке академије за педијатрију, Европског удружења за дечју гастроентерологију, хепатологију и нутрицију и Секције за педијатрију Европске академије за алергологију и клиничку имунологију из 2008. године, јеловнику одојчета се између навршених 4-6 месеци додаје и немлечна храна. Осим исцрпљења пренатално стечених резерви у микроелементима, као и већег нутритивног захтева уопште, постепено увођење немлечне хране у овом узрасту, било да је реч о природно или вештачки храњеном одојчету, као и оном са породичним оптерећењем алергијом, представља правовремени период за успостављање њене антигене толеранције. Светска здравствена организација своје ставове везане за немлечну исхрану одојчета из 2001. године није мењала, те и даље остаје на становишту да је не треба уводити пре навршених 6 месеци. Ни једна од релевантних међународних асоцијација, међутим, не прецизира време почетка немлечне исхране одојчади рођеној пре термина. Према мишљењу неких од угледних аутора, овој групи деце је треба започети са навршених 5 месеци.

Осим наведеног, потребно је истаћи да сваком детету унутар првих 6 сати по рођењу треба дати 1 mg витамина K₁, im, као и током целе прве године, независно од термина рођења, 400 IU витамина D₃ дневно. Такође, одојчад рођена са ниском телесном тежином, било због прематуритета или интраутерусног застоја у расту, почев од навршених 2-6 недеља до узраста од 6-12 месеци, изискују додатни унос гвожђа. Препоручена орална дневна доза елементарног гвожђа овој одојчади на ексклузивној природној исхрани износи 2-3 mg/kg (максимално 15 mg), а уколико се хране млечном формулом 1 mg/kg.

* * *

ИСХРАНА НОВОРОЂЕНЧЕТА И КАСНИ МОРБИДИТЕТ

Борисав Јанковић, Институт за здравствену заштиту мајке и деце Србије „Др Вукан Чујић“

Током протекле деценије посебна пажња посвећује се повезаности исхране у најранијем животном добу и касног морбидитета. У прилог томе говори налаз близу 4000 радова у бази „Medline“ у којима се скреће пажња на алергијске, аутоимуне и метаболичке механизме удаљених, нежељених ефеката исхране новорођеног детета.

Исхрана новорођенчета, алергија и аутоимуност

Активирање алергијске реакције приписује се особеном имуном статусу новорођеног детета. Код фетуса постоји доминација Th₂

лимфоцита чиме се антагонизује цитотоксични ефекат Th₁ „линије“ и успоставља фетоматернална толеранција као предуслов нормалног тока и завршетка трудноће. Међутим, повишену Th₂ активност прати потенцирање синтезе IgE и успостављања проалергиског имуног статуса фетуса. Непосредно по започињању дојења долази до колонизације гастроинтестиналног тракта сапрофитним цревним бактеријама, активације Th₁ лимфоцита и успостављања баланса са Th₂ „проалергијском“ активношћу. Тиме се на једној страни постиже имуна приправност, односно способност гастроинтестиналног тракта да ефикасно одстрани штетне агенсе, док се истовремено тзв. оралном толеранцијом омогућава да се без сензибилизације путем хране унесу бројни алергени.

У случају вештачке исхране мења се састав цревне флоре и умањује могућност толеранције тако да се у случају генетске предиспозиције, још у раном добу може очекивати нутритивна алергија клинички испољена као атопијски дерматитис, проктоколитис, ентеропатија, а у приближно половине случајева инфантилних колика такође се ради о алергијској етиопатогенези. Осим тога, постоје убедљиве теорије да вештачка исхрана у неонаталном периоду представља основу аутоимуне реакције у случају дијабетес мелитуса тип 1 и целијакије.

Од значаја је да се вештачка исхрана у неонаталном периоду повезује и са каснијим настанком инфламацијских болести црева и аутоимуним тиреоидитисом.

Исхрана и метаболичко – ендокрини поремећаји

Још крајем 90-тих година прошлог века је запажено да су новорођена деца са интраутерусним застојем у расту склона да у каснијем животном добу развију тзв. метаболички синдром. Тада постоје прекомерна телесна маса, интолеранција глукозе, дислипидемија (хипертриглицеридемија; снижење нивоа ХДЛ холестерола), артеријска хипертензија, као и склоност ка кардио и цереброваскуларним обољењима. Студије новијег датума су показале да ризик метаболичког синдрома такође постоји код особа које су рођене са повишеном телесном масом, најчешће услед гестацијског дијабетеса мајке.

У оба случаја ради се о недовољно разјашњеном поремећају интраутерусног, феталног „програмирања апетита“ са повишеним уносом млека током неонаталног периода. Уколико је новорођенче на вештачкој исхрани, или се уз дојење у циљу поспешивања напредовања додају тзв. фортификајери, код интраутерусног застоја у расту то се испољава познатом појавом убрзаног напредовања (catch-up growth), док код деце рођене са већом телесном масом долази до даљег накупљања масног ткива. Постоје претпоставке да повишен садржај протеина (већина стандардних млечних формула и „фортификајери“ имају већи садржај протеина у поређењу са хуманим млеком) посредством ИГФ – 1 (insulin-like growth factor 1) подстиче излучивање инсулина са стимулацијом апетита и липогенезе.

Исхрана у трудноћи и лактацији и превенција касног морбидитета

На основу претходних разматрања може се закључити да је природна исхрана најоптималнији начин ране превенције алергијских, аутоимуних и ендокрино – метаболичких поремећаја у каснијем детињству и одраслом добу. Поједини аутори препоручују унос пробиотика храном (закишељени млечни производи, воћни сокови) крајем трудноће, односно током дојења, што потенцира антиалергијска својства хуманог млека. Такође се наводи да две порције морске рибе недељно обезбеђују унос дуголанчаних вишеструко незасићених масних киселина (LC PUFA од long chain polyunsaturated fatty acids) које могу имати повољан имуномодулаторни, али и ефекат у превенцији метаболичког синдрома.

Литература:

1. Arenz S. Breast-feeding and childhood obesity-a systematic review. *Inter J Obes.* 2004;28:1247-56.
2. Bresson JL. Long-term consequences of foetal nutrition. *Ann Nestlé* 2002;60:12-21.
3. Buckley JD, Howe PR. Long-chain omega-3 polyunsaturated Fatty acids may be beneficial for reducing obesity-a review. *Nutrients.* 2010;2:1212-30.
4. Naschke F, Klassen – Wigger P. Sustainable clinical research, health economic aspects and medical marketing: Drivers of product innovation. *Ann Nestlé* 2010;66:125-41.
5. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta analysis. *Am J Epidemiol.* 2005; 162:397-403.
6. Koletzko B, Larqué E, Demmelmair H. Placental transfer of long-chain polyunsaturated fatty acids (LC-PUFA). *J Perinat Med.* 2007;35 Suppl 1:S5-11.
7. Mansueto P. Food allergy in gastrointestinal diseases: review of literature. *World J Gastroenterol.* 2006;12:7744-52.
8. Muhlhausler BS, Gibson RA, Makrides M. Effect of long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation during pregnancy or lactation on infant and child body composition: a systematic review. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:857-63.
9. Ravelli CN, Barker DJ. Fetal and growth and impaired glucose tolerance at age 64. *BMJ* 1991;303:1019-22
10. Wasmuth EH, Matern S. Nutrition in childhood and immune-mediated diseases. *Ann Nestlé* 2002;60:22-31

* * *

МЕДИЦИНСКЕ ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ДОДАВАЊЕ ЗАМЕНА МАЈЧИНОГ МЛЕКА

*Елизабета Зисовска, Национални координатор за
промоцију дојења, Република Македонија*

Мајчино млеко је оптимална храна новорођеног детета и одојчета, и задоволјава како квантитативне, тако и квалитативне потребе. Значај дојења за здравље мајке и њеног детета је проучен и доказан научним истраживањима. Поред осталог дојење и мајчино млеко смањују ризик од акутних инфекција многих система: респираторног, гастроинтестиналног, уринарног, као и средњег уха, менинга и др. Дојење је повезано са добром контролом крвног притиска и тоталног серумског холестерола, ниском преваленцијом дијабета типа 2, регулацијом прекомерне тежине и гојазности, и превенције болести у детињству и одраслом добу.

Доказано је да мајчино млеко и дојење штите и од неких хроничних стања током читавог живота, као што су дијабет тип 1, улцерозни колитис и Crohn-ова болест. Искључиво дојење може продужити фертилност, али се не препоручује као мера контрацепције. Дојење смањује ризик од постпарталне хеморагије, депресије, пре-менопаузалног карцинома дојке и јајника.

Наведени докази су и разлог зашто се интензивно радило на имплементацији иницијативе „Болница пријатељ новорођенчади“ у свим породиштвама. Тако се обезбеђује здрав почетак живота свој новорођеној деци и здрав живот њиховим мајкама. Сви кораци у тој иницијативи су стандарди пожељни за унапређења здравља мајке и детета. Скоро све мајке могу успешно да доје, што значи: рани почетак током првог сата после рођења, дојење на захтев новорођенчета, као и искључиво дојење првих 6 месеци са продужењем дојења после увођења мешовите-допунске исхране све до друге године живота и дуже.

Мали број поремећаја здравља деце и мајки могу бити оправдане медицинске индикације за додавање или исхрану заменама мајчиног млека. У пракси се веома често и лако доносе индивидуалне одлуке за додавање замена мајчиног млека, без оправданих медицинских индикација и реалне потребе, што је довело до смањења стопе дојења, посебно ексклузивног као и повећање стопе оболевања.

Дуго се радило на синтези доказа о медицинским индикацијама. Листа медицински оправданих индикација за додавање замена

мајчиног млека усвојена је 2009. године. Те индикације могу бити од стране мајке, као и од стране новорођенчета.

Стања мајке која налажу апсолутни прекид дојења

1. Инфекција вирусом ХИВ (СИДА): само ако је млечна формула доступна, и безбедно припремљена. У свим осталим случајевима, безбедније је искључиво дојити новорођенче, него хранити га неправилно припремљеном млечном формулом. Штета је 3-4 пута већа ако се дете храни мешовито, тј. ако се додаје и замена мајчиног млека, јер вирус лакше улази у крвоток детета кроз микрорагаде на слузници гастроинтестиналног тракта.
2. Дуготрајна терапија хроничних болести која је контраиндицирана за дојење (малигне болести, психијатријска стања...)

Стања мајке која захтевају привремени прекид дојења:

1. Тешка болест која спречава мајку да брине о свом одојчету, на пример сепса,
2. Herpes simplex virus, тип 1, када постоји директни контакт херпетичних лезија на кожи мајчиних груди са слузницом усана детета. Дојење треба избегавати све док се лезије не санирају
3. Контраиндиковани лекови које мајка мора да прима^{2,3,4}. Новорођенче има нижи клиренс лекова који су ушли у његов крвоток. Повећање клиренса је пропорционално зрелости детета. На пример, прематурно дете рођено пре 28. гестацијске недеље има само 5% а терминско 50% вредности клиренса одраслих. Клиренс као код одраслих се постиже тек око 16-18 месеци живота. Дојење треба одложити и до два месеца после прекида узимања неких лекова (пример радиоактивни јод).

Забрињавајућа стања мајке која не захтевају прекид дојења:

1. Апсцес на дојци: дојење може да продужи на здравој дојци; дојење на болесној дојци се наставља после видљивог ефекта интензивног третмана.
2. Маститис: ако је дојење јако болно, млеко се мора измлазати ради спречавања погоршања стања.
3. Хепатитис Б позитивни статус мајке: одмах после рођења новорођенчету дати вакцину
4. Хепатитис Ц: нема јаких доказа да користи прекид дојења
5. Туберкулоза: мајку и одојче треба водити према Националном водичу за лечење туберкулозе. Прекинути дојење прве три недеље активне ТБЦ, док је мајка на интензивној терапији.
6. Коришћење супстанција које изазивају зависност: треба убедити мајку да их не користи. Дати јој подршку за прекид и лечење. При коришћењу канабиса избегавати дојење, јер нема довољно података о дугорочним ефектима. Има доказа да је ниво у млеку око 8 пута већи од нивоа у плазми мајке. Кафеин је вероватно безбедан, због ниског нивоа излучивања. Уочени су иритабилност и немир. Постоји дужи полуживот (80-100 сати) код новорођенчади. Етанол у малим дозама, као и повремена употреба нема дугорочних ефеката. Хронична употреба алкохола је повезана са нарушеним психомоторним развојем детета Дојење не треба дозволити бар 1-2 сата после узимања алкохола (25 ml). Треба саветовати прекид пушења, јер је никотин дугорочна опасност по здравље детета. Употреба никотинских фластера код мајке је мање штетна у поређењу са пушењем.

Стања новорођенчета која налажу прекид исхране мајчиним млеком

1. Новорођенчад која не смеју да добијају мајчино млеко или било које друго млеко, осим специјализованог млека по формули су деца са:

- класичном галактоземијом (специјална формула без галактозе)
 - maple syrup urine disease (специјална формула без леуцина, изолеуцина и валина).
 - фенилкетонуријом (специјална формула без фенилаланина) могу се дати мале порције мајчиног млека, али пажљиво.
2. Прихватљиви медицински разлози за суплементацију, поред исхране мајчиним млеком код новорођенчади која су:
- збринута на специјалној/ интензивној нези
 - са порођајном тежином мањом од 1500 gr
 - рођена пре 32. гестацијске недеље
 - мала за гестацијско доба, са потенцијално тешком хипогликемијом, која се не решава чешћим дојењем или давањем мајчиног млека.
- У отпусној листи из породилишта за децу која су дохрањивана заменама мајчиног млека морају бити уписане дијагнозе: урођених метаболичких обољења или акутних губитака течности, као и озбиљна болест мајке односно лекови контраиндиковани за дојење.
3. Најчешћи проблеми новорођенчади који компромитују успешну исхрану су:
- frenulum linguae brevis
 - хемијски и/или механички изазвани ринитис,
 - малпозиционе девијације назалних структура
 - перинаталне трауме пропраћене болом
 - конгениталне аномалије: микро/ретрогнација, расцепи усана и непца, макроглосија
 - касни прематуритет
 - тешке конаталне инфекције (сепса, менингитис)
 - асфиксија на рођењу
 - хромозомопатије и синдроми

Напомена: Замена мајчиног млека давати чашицом, или шприцем, при чему се дете мора држати и пратити током храњења. Овај начин не одузима више времена него храњење флашицом, али прати активацију мишићних група које су укључене у акт дојења. Током обуке мајки обезбедити опрему за демонстрацију и снабдети их писаним информацијама о начину припреме¹. Чак и код прематурне или болесне одојчади, треба применити стимулацију моторних вештина и примењивати храњење шприцем или чашицом пре него што се успостави дојење.

„Немедицинске“ индикације су стања када се додаје млеко по формули (замена мајчиног млека) без индикације или оправданости. То су најчешће следећа стања:

- терапија мајке лековима који нису контраиндиковани за дојење
- лакше болести
- замор мајке
- жеља мајке да повремено даје замену мајчиног млека
- одлука мајке да не доји
- неопштовање Међународног кодекса рекламирања замена мајчиног млека.

Напомена: Мајка САМА доноси одлуку да ли ће дојити своје дете. Треба укључити и оца да би лакше донели правилну одлуку. Родитеље информисати о свим предностима дојења и мајчиног млека за здравље детета током читавог живота, користи за мајчино здравље као и о последицама од увођења замена мајчиног млека. Ако и после обављених детаљних разговора о предностима мајчиног млека и едукације како да доји, мајка одлучи да уведе замену за мајчино млеко, здравствени радник треба да обезбеди

мајчин потпис на таквој изјави при отпуста из породилишта или друге здравствене установе. Овај принцип је у складу и са етичким приступом имајући у виду права пацијената предвиђена законом.

Литература:

1. Acceptable Medical Reasons For Use Of Breast-milk Substitutes http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf
2. The National Clinical Guidelines For The Management Of Drug Use During Pregnancy, Birth and The Early Development Years Of The Newborn, Review Done By The New South Wales Department of Health, Australia, 2006.
3. Breastfeeding and Medications. <http://www.breastfeedingonline.com/meds.shtml>
4. The Drugs and Lactation Database (LactMed) hosted by the United States National Library of Medicine, which is a peer-reviewed and fully referenced database of drugs to which breastfeeding mothers may be exposed.
5. BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE; Revised, Updated and Expanded tool for Integrated Care, 2009, web site: http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html
6. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Breast-feeding support: prenatal care through the first year, second edition. Evidence-based clinical practice guideline. Washington (DC): Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN); 2007.

* * *

ОРГАНИЗАЦИЈА И ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА СТАНДАРДА ЗА ПОДШКУ ДОЈЕЊУ ПРИЛАГОЂЕНИХ ПОТРЕБАМА МАЈКЕ И ДЕТЕТА У СИСТЕМУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ

Софија Шљивић, ГАК Ниш

Очување здравља мајке и детета, као основни и почетни постулат, у великој мери зависи од процента деце на природној исхрани. Враћајући се на основне природне постулате, увиђамо да је на почетку живота дојење најоптималнији начин исхране. Због бројних цивилизацијских достигнућа која су неповољно утицала на смањење стопе дојења, и стварање лоших навика, дојење морамо поново промовисати. За успешну реализацију глобалних критеријума СЗО и УНИЦЕФ-а потребно је њихово уграђивање у систем здравствене заштите, јер постојање посебног програма иницијативе, није дао добре резултате.

Где смо сада? Процена активности и тренутног стања у вези овог програма у нашој земљи, извршена је у октобру 2009. године након евалуације BFH иницијативе у Србији за период од 1995-2008. од стране екстерних евалуатора УНИЦЕФ-а, проф. др Елизабете Зисовске и др Genevieve Becker. Резултати евалуације су показали да је BFH била релативно успешна до 2003. године. После тога је смањен ниво финансијске подршке, а са тиме је и смањен број активности, како у спровођењу програма, тако и у мониторингу и евалуацији. У Србији Програм не обухвата ревидиране стандарде и пратеће материјале.

Где желимо да будемо? Стопу искључивог дојења до 6. месеца треба повећати са 13,7% на 30 % у свим социјалним групама становништва и у деце оба пола (миленијумски циљ је 60% преобладајућег дојења). Поред тога је јако значајно постићи задовољство пруженом здравственом заштитом на свим нивоима код 95% трудница и 90% породиља.

Како то да постигнемо? У реализацији овог плана најважније је ангажовати: најширу јавност, затим струковна удружења, професионалце свих нивоа здравствене заштите, а мобилисати кључне актере као што су Министарство здравља, инспекцијска служба, Агенција за акредитацију. Посебно се истиче значај Акционог плана за имплементацију стандарда, као основна подршка без које сигурно нема реализације и обезбеђење средстава из буџета.

Како ћемо знати да смо постигли циљ? Да бисмо дали одговоре на ово питање потребна је почетна евалуација, затим континуирана евалуација, као и циљна истраживања.

¹ Тј да је тако одлучила упркос свим информацијама о незамењивости мајчиног млека

Стандарди за подршку дојењу прилагођени потребама мајке и детета схваћени су као оптимални ниво здравствене заштите трудница, породиља, новорођене деце и одојчади. Ревитализација и институционализација стандарда, као и њихова одрживост у систему примарне, секундарне и терцијарне здравствене заштите, је основни циљ. Идеја је да се кроз систем акредитације установа, имплементирају наведени стандарди. У том смислу су формирана и одређена стручна тела која ће пратити примену овог програма: Посебна радна група за „Baby friendly plus“ иницијативу, и Национални координациони тим са Националним координатором. Национални комитет за дојење је у фази формирања.

Акциони план је препознат као кључни корак у процесу пуне институционализације стандарда за подршку дојењу прилагођених потребама мајке и детета до 2015. године. Кроз развој Акционог плана су препознате и одређене активности који ће наведене стандарде интегрисати у већ постојећи систем здравствене заштите. За имплементацију Акционог плана одговорна је држава преко министарства здравља, просвете, трговине, информисања и медија, невладиних организација. Структура акционог плана је сложена и пре свега садржи део у коме су дефинисани општи и специфични циљеви. Сваки циљ је разрађен у оквиру: очекиваних резултата, индикатора и начина верификације. За сваки специфични циљ дефинисане су активности за реализацију, а свака активност је разрађена у оквиру: очекиваних резултата, индикатора, начина верификације, носилаца активности и партнера, одређивања задатог временског оквира, извора финансирања односно укупних финансија.

Општи односно дугорочни циљ је „Унапређење здравља становништва кроз свеобухватну подршку трудницама, породиљама и мајкама кроз повећање стопе дојења“. **Очекивани резултати су да до 2015. године:**

- стопа искључивог дојења до 6 месеци буде повећана од 13,2% на 30% у свим социјалним групама новорођенчади код оба пола.
- 95% трудница и 90% породиља буде задовољно пруженом здравственом заштитом на свим нивоима.

Дефинисано је и пет специфичних циљева:

1. Успостављање и унапређење руковођења, координације и праћења имплементације стандарда здравствене заштите прилагођених потребама мајке и детета за свеобухватну подршку трудницама, породиљама и мајкама у циљу повећање стопе дојења. Очекивани резултати да су дефинисани стандарди и успостављена ефикасна координација у систем праћења њихове имплементације (до краја 2011).
2. Интегрисање стандарда у релевантну законску регулативу уз ревизију постојеће законске регулативе. Очекивани резултати: стандарди су потврђени кроз релевантну законску регулативу (до 2016)
3. Имплементирање стандарда у систем здравствене заштите на нивоу примарне здравствене заштите, породиштва и одељења и болница за превремено рођењу, болесну новорођенчад и одојчад. Очекивани резултати су да 90% породиштва, 70% домаћег здравља, 50% одељења за болесну новорођенчад у установама секундарног и терцијарног нивоа примењује стандарде здравствене заштите прилагођене потребама мајке и детета (до 2016).
4. Повећање нивоа знања, унапређење ставова и понашања становништва у вези са дојењем и другим процедурама које имају за циљ унапређење здравља мајке и детета. Очекивани резултат је повећан ниво знања у односу на почетно истраживање.
5. Повећање задовољства трудница, породиља, мајки и њихових породица услугама перинаталне здравствене заштите. Очекивани резултати су да је 95% трудница и 90% породиља задовољно пруженом здравственом заштитом на свим нивоима.

Кораци у имплементацији „Baby friendly plus“ могу се спроводити на различите начине и у зависности од ситуације у свакој земљи. Један од могућих путева био би:

1. Реактивирати, успоставити и планирати састанке националних тела, како би се проценила национална ситуација везана за дојење.
2. Дефинисати и поставити националне циљеве у вези стандарда за дојење.
3. Формирати Национални координациони тим за координацију унапређења стандарда за дојење прилагођених потребама мајке и детета.
4. Национална власт обезбеђује да Национални комитет за дојење и Национални координациони тим испуњавају своју улогу у обезбеђивању директне или индиректне процене спремности установа за акредитацију.
5. Национални координациони тим координира процене и репроцене на нивоу установа, и даје препоруку акредитацију установа.

Зашто је ово питање важно? Зашто од њега никако не треба одустати? Зашто треба наћи начина да се ова замисао реализује у складу са могућностима?

Дојење као спона мајке и детета, после рођења, са више аспеката контролише даљи развој детета. Мајчино млеко се прикључује бројним факторима који утичу на квалитет живота и контролишу појаву неких болести у неонаталном периоду, одојачком периоду и детињству као и касније у животу. Временска удаљеност између неонаталног периода и дојења на једној страни и појаве неких болести, може отежавати повезивање и доказивање директне улоге мајчиног млека, односно одсуства дојења и појаве болести. Ипак морамо се подсетити да мајчино млеко утиче на развој имунског система, одбрану од инфекције и превенцију многих хроничних болести касније у животу, што упућује на везу између дојења и појаве неких болести. Хроничне и аутоимунске болести су мултифакторске, али мајчино млеко значајно смањује њихову учесталост. Све наведено је довољан разлог да се најшира друштвена заједница и сва струковна удружења ангажују и дају сву подршку у промоцији дојењу као једном од приоритетних задатака, који имају за циљ побољшање људског здравља.

* * *

СТАНДАРДИ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ПРИЛАГОЂЕНИ ПОТРЕБАМА МАЈКЕ И ДЕТЕТА

Драјана Лозановић, Институт за здравствену заштиту мајке и деце Србије „Др Вукан Чуйић“

Здравствена заштита која је прилагођена потребама мајке и детета треба да буде: „демедикизована, заснована на коришћењу одговарајућих технологија, заснована на доказима, мултидисциплинарна, холистичка, реферална², културолошки прилагођена, оријентисана ка породици, треба да укључи жене у доношење одлука, да поштује приватност, достојанство и поверљивост“....(1) Национални координациони тим је током 2011. године донео ове стандарде, које је прихватило Министарство здравља, а затим Републичка стручна комисија за здравствену заштиту жена, деце и омладине. Основне дефиниције за разумевање овог документа су:

Стандард је жељени ниво учинка који је могуће постићи и са којим се може поредити постојећи ниво учинка.

Критеријум представља јасне кораке, тј. активности које треба предузети да би се испунио стандард. Критеријум одражава опис

² Подразумева постојање три нивоа здравствене заштите који су јасно дефинисани Законом о здравственој заштити.

оптималне вредности тј. критеријум је стандард на основу кога се неке активности могу поредити.

Ови Стандарди се односе на све труднице, породиље и новорође-ну децу, доступни су и приступачни њима и њиховим породицама.

СТАНДАРД 1 - Право труднице и њене породице на потпуну информисаност о значају и предностима дојења и заједничког борава уз новорођенче.

Све труднице су добиле информације о значају дојења и заједничког борава са својим новорођенчетом од здравствених радника на нивоу дома здравља (од изабраног гинеколога, у саветовалиштима и школама за труднице, школама родитељства, на психофизичкој припреми и у току патронажних посета у току трудноће) као и на амбулантним и болничким одељењима за патологију трудноће у секундарним и терцијарним установама.

Критеријуми:

- Свакој трудници и њеној породици, кроз рад изабраног гинеколога и бабице кроз индивидуални саветовалишни здравствено-васпитни рад, пружена је информација о значају и техници дојења и заједничког борава уз новорођенче у циљу стицања знања, формирања става и донешене одлуке о исхрани новорођенчета дојењем.
- Кроз групне облике здравствено васпитног рада са трудницама и члановима породице, као што су школе за труднице, школе родитељства, психофизичка припрема, одржана едукација о значају и техници дојења, нези и припреми дојки за дојење, успостављању и одржавању лактације, порођају и бораваку у породицишту и значају заједничког борава уз новорођенче.
- Приликом патронажне посете вођен разговор о значају дојења за њено и дететово здравље, о нези дојки и брадавица, о дојењу и припреми за порођај

СТАНДАРД 2 - Право породиље на приватност и право на присуство блиских особа на порођају; Порођај се обавља у условима који обезбеђују породиљи право на приватност у порођајном простору. Порођају може присуствовати једна блиска особа од две које породиља именује.

Критеријуми:

- Обезбеђен боравак једној породиљи у порођајној сали, а у условима где се у једној сали порађа више од једне жене, порођајни простори одвојени преградама или завесама.
- Присуство блиске особе је дозвољено на порођају као редован поступак и не може се наплаћивати.

СТАНДАРД 3 - Током борава у породицишту свим породиљама се пружа подршка у вези са дојењем и заједничким бораваком са новорођенчетом. Афирмативно се говори о предностима дојења и заједничког борава са новорођенчетом и пружа подршка да се успостави лактација одмах после порођаја.

Критеријум:

- Установа има дефинисани стратешки план и видно истакнуту писану процедуру за подршку трудницама, породиљама, мајкама и њиховим породицама у погледу дојења, успостављања контакта и заједничког борава са новорођенчетом са тачно утврђеним активностима и одговорностима у погледу здравствено-васпитног рада и других релевантних процеса.
- Целокупно особље, сви здравствени и нездравствени радници запослени у породицишту су прошли едукацију за подршку дојењу и програма за правилну комуникацију и емпатију према породиљама.
- Сви здравствени и нездравствени радници афирмативно говоре о предностима дојења и заједничког борава мајке са новорођенчетом уз подржавање и испољавање пуне емпатије према породиљи.

СТАНДАРД 4 - Сви порођаји се обављају према актуелним Националним водичима³.

Критеријуми:

- Сви порођаји се завршавају на основу медицинских индикација уз примену националних водича добре праксе, протокола и описаних процедура у присуству бабице и/или гинеколога-акушера и по потреби других чланова тима⁴.
- Трудница је правовремено информисана о свим порођајним процедурама, које се примењују у породицишту, пружа јој се могућност избора уколико се нуде различите опције порођајног поступка, што потврђује својим писаним пристанком.
- Постоје развијени клинички путеви и/или процедуре за физиолошки порођај и царски рез.
- Здравствено особље пружа адекватну психолошку и медицинску подршку породиљи током порођаја.

СТАНДАРД 5- Свакој породиљи је омогућен блиски контакт са новорођенчетом у порођајној сали. Одступање је дозвољено само у медицински индикованим случајевима.

Критеријуми:

- Свакој породиљи новорођенче се стави на трбух или груди да се оствари контакт „кожа на кожу“ у порођајној сали, по могућству у току првог часа по рођењу у трајању које омогућава контакт и први подој.
- Сваком новорођенчету је омогућен први подој уз помоћ обучене бабице у порођајној сали.
- Сваком новорођенчету рођеном царским резом обезбедити контакт „кожа на кожу“ првих 6 сати по рођењу и први подој, осим када постоје медицинске контраиндикације.

СТАНДАРД 6 - Код сваког новорођенчета се у складу са степеном виталности по рођењу примењују све мере и процедуре прописане националним водичима.

Критеријуми:

- Постоје и примењују се писане процедуре, Водич за основно и специјализовано збрињавање новорођенчади, Стручно-методолошко упутство за спровођење Националног програма здравствене заштите жена, деце и омладине.
- Свако новорођенче је прегледано од стране педијатра/неонатолога непосредно након рођења и извршена је процена здравственог стања детета.
- Збрињавање новорођенчета се обавља према процедурама о тријажи и специјализованим процедурама збрињавања новорођенчета.
- Мајка је потпуно и правовремено упозната са процедурама и здравственим стањем новорођенчета и додатно информисана о процедурама које захтевају њен пристанак.

СТАНДАРД 7 - Све мајке, укључујући и порођене царским резом, имају право да буду смештене у истој соби са својом новорођеном децом. Свакој мајци је омогућено да: после порођаја буде у соби уз своје дете, да ту има своју приватност и краткотрајни одмор током којег једна педијатријска сестра преузима бригу о новорођенчету (једна сестра брине о највише 10 пацијената тј. 5 парова). У медицински индикованим случајевима одвајања детета од мајке, свакој мајци је омогућено да буде са својим дететом 6-8

³ Примењује се доктрина према Стручно-методолошком упутству за примену Националног програма здравствене заштите жена, деце и омладине. Примењују се водичи за бабице и лекаре: „Физиолошки порођај“, „Општи принципи комуникације са трудницама, породиљама и њиховим породицама“, као и „Општи принципи неге и лечења у породицишту“ и други;

⁴ У складу са директивом Европске уније 2005/36 стратегија за образовање медицинских сестара и бабица

пута дневно. Такође јој се обезбеђује и контакт са тимом који чине неонатолог и медицинска сестра а по потреби и социјални радник или психолог који се стара о комуникацији са родитељима, пружа детаљне информације о стању детета и његовој исхрани.

Критеријуми:

1. Обезбеђени су услови да мајке буду са својим новорођеним дететом у истој соби, при чему им је омогућена приватност (одвојене су параваном/завесом једна од друге). Жељени ниво-две мајке у једној соби, одвојене параваном/завесом.
2. Обезбеђени су услови да једна педијатријска сестра буде задужена за 10 пацијената (мајки или новорођенчади), т.ј. 5 парова, а у делу интензивне и полуинтензивне неге број сестара прописан је Правилником о условима и начину унутрашње организације здравствених установа.
3. Остављена је могућност мајци да преда дете педијатријској сестри да се брине о њему уколико жели краћи одмор или има неки други лични разлог, притом поштујући Стандард број 8.
4. Постоји могућност коришћења апартмана за мајке и очеве као ван-стандарне услуге уз обезбеђивање једне педијатријске сестре.
5. Постоји тим који ће чинити најмање један неонатолог и једна медицинска сестра, по потреби и могућности социјални радник и/или психолог, који су едуковани за комуникацију са родитељима и њихов прихват новорођенчета са неким здравственим проблемом.

СТАНДАРД 8 - Сва новорођена деца имају право на природну исхрану мајчиним млеком укључујући и болесну новорођенчад.

Критеријуми:

- У породилишту се свакодневно све мајке охрабрују и едукују да доје на захтев новорођенчета, у присуству и уз подршку сестре и педијатра-неонатолога у свакодневним визитама. Дужности педијатријске сестре или бабице су: саветује дојење на захтев новорођенчета, у току боравка мајке и новорођенчета у породилишту даје савете о дојењу, посматра технику подоја, прегледа брадавице и дојке пре и после подоја, брине се за елиминацију млека из дојки (измлазањем) у циљу стимулације лактације, припрема дојке за подој или празни препуне дојке после подоја.
- Свака мајка се охрабрује да доји своје новорођенче у присуству сестре, али уколико је индикована дохрана, новорођенче се дохрањује помоћу капшичице или бризгалице и без бочица са сисаљкама, све док се не успостави успешна лактација у породилишту.
- Све породиле су обучене за одговарајућу технику храњења мајчиним млеком уколико подој није могућ.
- Свака мајка је добила инструкције и практичну помоћ како да доји или да одржава лактацију, ако је одвојена од свог новорођенчета због медицинских индикација.
- Поштују се прецизне индикације за прекид лактације помоћу лекова.
- Свим мајкама превремено рођене и болесне деце је омогућено да буду са својом децом и дају своје млеко.
- У медицински индикованим случајевима одвајања детета од мајке, дужност педијатријске сестре је да 6-8 пута током дана помогне мајци у елиминацији млека из дојки (измлазањем) у циљу стимулације лактације, чување млека и храњење новорођенчета тим млеком или млеком донираним из Банке млека.
- Све мајке су упознате са постојањем банке млека и могућностима да донирају и користе мајчино млеко.

- Сва породилишта су успоставила контакт са банком млека и омогућили услове за измлазање, чување и транспорт млека по потреби.
- Ако мајка одлучи да не доји своје дете, и поред детаљних информација о значају дојења и заједничког боравка са својим новорођенчетом, као и о ризицима вештачке исхране добијених од здравствених радника на нивоу дома здравља и у породилиштима, онда то мора у писаној форми потврдити у њеној и документацији новорођенчета. Са њом у том случају неонатолог одржава индивидуалне разговоре о избору хране и начину исхране њеног детета.

СТАНДАРД 9 - Свим мајкама је омогућено да имају посете у предвиђено време и на одговарајући начин (простор за посете) у породилиштима и одговарајућим болницама.

Критеријум:

- Обезбеђен је простор за посете.

СТАНДАРД 10 - Поштује се кодекс маркетинга замене за мајчино млеко у свим здравственим установама.

Критеријуми:

- У свим породилиштима и другим здравственим установама, домовима здравља, ни на који начин се не примају бесплатно производи као што су млечне формуле замене за мајчино млеко и не дистрибуирају се бесплатни узорци формула, цуцле, бочице и други прибор, нити се промовишу њихови произвођачи истих. Такође се ови производи и не дистрибуирају бесплатно мајкама.
- Ниуједном породилишту није дозвољено давање новорођенчету воде, млечне формуле, глукозе, а одступање од искључивог дојења захтева документовану медицинску индикацију.

СТАНДАРД 11 - Свака мајка је по изласку из породилишта добила подршку да настави искључиво дојење до 6 месеци.

Критеријуми:

- Све породиле су на отпуста добиле водиче за едукацију (како да доје, како да негују дојке, купају бебу, негују пупчани патрљак), бројеве телефона и интернет страница установа и удружења које им могу помоћи саветима (педијатријска служба дома здравља, „Хало-беба“, невладине организације које реализују програме подршке дојењу), као и информацију о постојању банке хуманог донорског млека којој могу донирати вишкове свог млека како га не би бацале и др.
- Свака мајка је за одржавање дојења добила подршку патронажне службе у току кућне посете или од педијатријске и гинеколошке службе у дому здравља, било да се јавила или дошла ради савета или проблема у вези са дојењем (застој млека, маститис, итд.)
- Мајке са децом у ризику добијају додатну подршку у вези са дојењем и развојем детета (патронажна посета педијатра и посете патронажне сестре).
- Свим мајкама се саветује искључиво дојење до 6. месеца са индивидуалним приступом од 17. до 26. недеље живота детета, осим у случајевима тачно одређених медицинских или других контраиндикација, што захтева доказе.

Литература:

1. World Health Organization (WHO): European Strategic Approach for Making Pregnancy Safer: Improving Maternal and Perinatal Health, Geneva, 2007
2. Лозановић Д, Шљивић С, Килибарда Б, Гудељ-Ракић Ј, Лабан О, Котевић А. у име координационог тима за имплементацију "Baby friendly plus". Стандарди здравствене заштите прилагођени потребама мајке и детета (нацрт). Министарство здравља, Београд, 2011.